|  |
| --- |
| **Załącznik nr 3 do Regulaminu** |

Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera

ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki

Znak sprawy: SZW/DE-Z/04/2019 Suwałki, dnia 26-03-2019

Wszyscy uczestnicy postępowania

 SZW/DE-Z/04/2019

**ZAPYTANIE CENOWE**

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE ZAMÓWIENIA** |

Zamawiający: **Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16 – 400 Suwałki**

zaprasza do złożenia ofert na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | Dostawa bielizny, pościeli, odzieży i butów ochronnych, odzieży operacyjnej dla Szpitala Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach na okres 12 miesięcy. |
| Termin realizacji zamówienia: | 12 miesięcy, sukcesywnie według bieżących potrzeb |
| Okres gwarancji (jeżeli dotyczy): | nie dotyczy |
| Miejsce i termin złożenia oferty: | Ofertę należy dostarczyć osobiście, lub pocztą na adres : Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60 , 16-400 Suwałki lub mail’em na adres s.mozaryn@szpital.suwalki.pl, do dnia 02-04-2019, godz. 13.00 |
| Termin otwarcia ofert: | 02-04-2019 godz. 14.00 |
| Warunki płatności: | Zapłata nastąpi na rachunek bankowy wskazany przez Wykonawcę w terminie do 60 dni od dostarczenia do Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.  |
| Kryteria wyboru oferty: | Cena 100 % |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Wykonawcami: | Stanisław Możaryn, tel. 87 5629 399, s.mozaryn@szpital.suwalki.pl |
| Sposób przygotowania oferty: | Uzupełnioną ofertę cenową wraz z wypełnionymi załącznikami tj. wybranymi pakietami umieszczonymi w formularzu asortymentowo-cenowym należy dostarczyć osobiście, lub pocztą na adres : Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60 ,16-400 Suwałk w formie papierowej z adnotacją: Dostawa bielizny, pościeli, odzieży i butów ochronnych, odzieży operacyjnej dla Szpitala Wojewódzkiego Szpitala im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach na okres 12 miesięcy. Nie otwierać do dnia 02-04-2019r, godz. 13.00 . lub mail’em w formacie PDF na adres mail’owy:s.mozaryn@szpital.suwalki.pl Wykonawca może złożyć ofertę dla jednego lub wielu pakietów uwzględniając wymagania opisane przy każdym z pakietów. |
| Wykonawca załączy do oferty : | Wypełniony druk : „Treść oferty” wraz z załącznikami /dokumenty jeśli wymagane i wybrane wycenione pakiety z formularza asortymentowo-cenowego/. |
| Zamawiający zastrzega sobie prawo do: | a)zmiany lub uzupełnienia treści zapytania,b)unieważnienia postępowania na każdym etapie bez podania przyczyn; z tytułu unieważnienia postępowania Wykonawcom nie przysługuje żadne roszczenie w stosunku do zamawiającego,c)wezwania Wykonawcy, w przypadku stwierdzenia uchybień formalnych w ofercie, do złożenia w określonym terminie, stosownych oświadczeń, wyjaśnień lub dokumentów,d)poprawy omyłek rachunkowych w obliczeniu ceny (za zgodą wykonawcy), o czym poinformowani zostaną wszyscy wykonawcy składający ofertye)poprawy oczywistych omyłek pisarskich. |
| W przypadkach uzasadnionych specyfiką przedmiotu zamówienia, dopuszcza się przeprowadzenie negocjacji z Wykonawcą, który złożył najkorzystniejszą ofertę. | [x] TAK[ ] NIE |

 ………………………………………....................

 Data i Podpis osoby upoważnionej

|  |
| --- |
| **TREŚĆ OFERTY** |

Wykonawca:

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

składa ofertę na:

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia: | ………………………………………………………………… |
| Pełna nazwa Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| Adres Wykonawcy: | …………………………………………………………………………… |
| NIP: | ………………………………………………………………………….. |
| Regon: | ………………………………………………………………………….. |
| Telefon, fax., e-mail: | ………………………………………………………………………….. |
| Osoba upoważniona do kontaktu z Zamawiającym: | ………………………………………………………………………….. |
| Nr rachunku bankowego: | ………………………………………………………………………….. |
| Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za: | Cena netto: ……………………………………………………….(słownie złotych)………………………………………………..VAT % ……………………………………………………………….Cena brutto: ……………………………………………………..(słownie złotych)………………………………………………. |
| Termin realizacji zamówienia: | ………………………………………………………………………….. |
| Okres gwarancji: | ………………………………………………………………………….. |
| Potwierdzam termin realizacji zamówienia do dnia: | ………………………………………………………………………….. |
| Kryteria dodatkowe (jeżeli dotyczy) | ………………………………………………………………………… |
| Wyrażam zgodę na warunki płatności określone w zapytaniu cenowym  | [ ] TAK[ ] NIE |
| Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń | [ ] TAK |
| Przystępując do postępowania Wykonawca akceptuje, warunki opisane w zapytaniu cenowym oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie wyznaczonym przez Zamawi*a*jącego   |

………………………………………………………....................... ………………………………………..

(Data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej) (pieczątka Wykonawcy)